國泰綜合醫院COVID-19自費檢測基本資料表

Personal Information of self-pay COVID-19 test, Cathay General Hospital

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名  Name |  | 身分證(居留證)字號/護照號碼  ID/ ARC / Passport number |  |
| 出生日期  Birth Date | 年(Y) 月(M) 日(D) | 性別  Gender | □男(Male) □女(Female) |
| 電話  Telephone |  | 手機  Mobile |  |
| 緊急連絡人  (不得與本人相同)  Emergency contact person (Not yourself) |  | 緊急連絡人電話  (不得與上述電話相同)  Emergency phone  (Not your phone no.) |  |
| 血型  Blood Type |  | 國籍  Nationality |  |
| 臺灣居住地址  Taiwan Residential Address | □□□郵遞區號Zip Code | | |
| 是否於**3個月內**入境Did you enter Taiwan **in the past three months**?  □是Yes，入境日 Arrival date to Taiwan \_\_\_\_\_\_年(Y)\_\_\_\_\_月(M)\_\_\_\_\_\_日(D) □否No | | | |

**立書人簽章Signature：** 日期Date： 年(Y) 月(M) 日(D)